TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Emile BLANC

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1892

Externe et interne (Maternité) des hôpitaux de Marseille (concours 1879).

Chef de clinique obstétricale pendant trois ans à la Faculté de médecine de Lyon (concours 1885).

Chargé durant le même temps par la Faculté d'un cours aux sages-femmes externes de la ville.

Membre de la Société des sciences médicales de Lyon.

Mention très honorable de l'Académie de médecine (concours Capuron, 1889).

Membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TRAVAUX DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

1° De la propagation des inflammations du péritoine aux plèvres et réciproquement (Thèse inaugurale, 1881).

2° Note sur un cas d'hydramnios aigu avec hypertrophie placentaire (*Nouvelles Archives d'obstétrique,* mars 1885).

3° Contribution à l'étude de l'hydrocéphalio anencéphalique (*Nouvelles Archives d'obstétrique*, mai 1886).

4° Des présentations du front (Paris, Félix Alcan, 1886).

5° Des présentations du front. Étude critique.

6° Utérus semi-loculaire et délivrance artificielle (*Lyon médical*, 1887).

7° De la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes (*Lyon médical*, 1887, n°s 3-4-5).

8° Note sur un cas de cystite gravidique aiguë (*Nouvelles Arch. d'obst.*, 1887).

9° Accidents occasionnés par le sublimé dans les suites de couches (*Lyon médical*, 1888).

10° Des occipito-postérieures irréductibles (*Archives de tocologie*, 1889).

11° Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus. Son rôle dans la dystocie (*Archives de tocologie*, 1887).

12° Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus (*Annales de gynécologie*, 1887).

13° Du tamponnement antiseptique de la cavité utérine après l'accouchement (*Province médicale*, 1889).

14° Conduite à suivre dans la rétention des membranes (*Province médicale*, 1889).

15° Comparaison du bassin de la paralysie atrophique (*Archives de tocologie*, 1889), avec le bassin atrophique à proprement parler.

16° Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'opération césarienne (*Gazette des hôpitaux*, 1890).

17° De l'opération césarienne (Paris, Lecrosnier et Babé, 1890).

18° Dystocie due à la présence d'un fibrome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus (*Annales de gynécologie*, 1889).

19° De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie (*Archives de tocologie*, 1891.

20° Rétention placentaire par dégénérescence sarcomateuse de la caduque (Société obstétricale de Paris, 1892).

21° Inflammations péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement (*Annales de gynécologie*, mars 1892).

22° Dystocie par kyste ovarique inclus dans le cul-de-sac de Douglas (*Archives de tocologie*, 1891).

TRAVAUX DE CLINIQUE ET D'ANATOMIE OBSTÉTRICALES

23° De l'exploration clinique du segment inférieur avant et après l'accouchement (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1887-88 et Société des sciences médicales, 1888).

24° Du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse (*Province médicale*, 3 mars 1888).

25° Du col utérin à la fin de la grossesse. Pièce anatomique et étude histologique (*Archives de tocologie*, 1888. 11.

26° Recherches histologiques sur la structure du segment inférieur à la fin de la grossesse (*Archives de physiologie*, 1888).

27° De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus aux divers mois de la grossesse (*Archives de tocologie*, 1891-12).

28° Coupe médio-verticale du cadavre congelé d'une femme arrivée au septième mois de sa grossesse. Etude anatomique et histologique avec planches et dessins publiée en collaboration avec M. le professeur Testut.

TRAVAUX DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

29° Action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine d'éclamptiques (Académie des sciences, avril 1889).

30° Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie et de l'albuminurie chez la femme gravide (*Lyon médical*, 1889).

31° Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie (*Archives de tocologie*, nov. 1890).

32° Du mode d'administration du chloral dans l'éclampsie (*Lyon médical*, 1889. 20).

33° De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et récemment accouchée (Société scient. méd. de Lyon et *Annales de gynécologie*, 1890).

34° De la toxicité urinaire chez la femme enceinte (*Annales de gynécologie*, 1891).

TRAVAUX DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

1°

De la propagation des inflammations du péritoine aux plèvres et réciproquement (Thèse inaugurale).

Cette étude, datée de 1881, a pour but d'établir avec pièces anatomo-pathologiques et observations cliniques à l'appui (16 observations personnelles), que la cloison diaphragmatique ne constitue pas une barrière fermée pour les inflammations de diverse nature qui se développent sur l'une ou l'autre de ses faces. Assez souvent au contraire, grâce à la structure anatomique de la région, il y a transmission d'une cavité séreuse à l'autre, des processus inflammatoires ou infectieux qui s'y sont constitués: pleurésies ou péritonites aiguës simples et purulentes, pleurésies ou péritonites chroniques simples, tuberculeuses, *etc... De cette façon aussi s'explique le développement fréquent de la pleurésie dans la péritonite puerpérale.*

2°

Note sur un cas d'hydramnios aigu avec hypertrophie placentaire (*Nouvelles Archives d'obstétrique*, mars 1885).

Dans quelques cas rares l'hydramnios revêt une forme aiguë caractérisée surtout par un développement rapide

de l'abdomen, de la dyspnée, des troubles cardiaques et autres phénomènes de compression, de l'élévation de la température, tous symptômes créant rapidement un état général grave. C'est à un fait de ce genre qu'a trait notre observation. La température avait atteint 40°, les troubles étaient tels que l'accouchement prématuré dut être pratiqué au huitième mois de la grossesse. Nous ne trouvâmes, pour expliquer pareille évolution symptomatique, qu'une hypertrophie énorme du placenta qui pesait plus de 1200 grammes.

3°

Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie anencéphalique (*Nouvelles Archives d'obstétrique*, mai 1886).

Cette forme d'hydrocéphalie ne s'accompagne pas d'un développement considérable du crâne, de telle sorte que pendant le travail son diagnostic passe le plus souvent inaperçu. On croit, comme dans le fait dont nous donnons la relation, à une dystocie pelvienne, on tente à plusieurs reprises une application de forceps et c'est la perforation du crâne qui met sur la voie du diagnostic.

4°

Des présentations du front (Paris, Félix Alcan, 1886).

C'est le premier travail d'ensemble fait en France sur

ce sujet. Après l'exposé de l'historique de la question nous nous efforçons de démontrer que cette « variété » des présentations du sommet ou de la face, mérite réellement le nom de présentation. Un mécanisme spécial la régit, obéissant aux lois générales du mécanisme de l'accouchement dans les autres présentations.

Son *premier temps* est un temps de déflexion incomplète de l'extrémité céphalique ; le mouvement de bascule de la tige occipito-mentonnière n'est pas assez prononcé pour que la face s'abaisse sur l'aire du détroit supérieur, et c'est le front qui occupe celle-ci qui se trouve sur la ligne de descente. Avec Mangiagalli, Marcchioneschi, nous avons décrit le mécanisme du *deuxième temps* ou *temps de descente*, comme constitué par un double mouvement oscillatoire de la tige occipito-mentonnière, autour des diamètres transverses de la présentation. Cette tige, en effet, trop longue pour les diamètres pelviens qu'elle devait franchir, ne pouvait expérimentalement s'insinuer dans la filière pelvienne, que très inclinée sur chacun des plans de l'excavation successivement remontés, sous peine d'un arrêt, d'un véritable enclavement de la tête fœtale. M. le professeur Gaulard, et surtout M. le professeur Fochier dans une étude remarquable, ont démontré que *la descente de la tête, en présentation du front*, ne s'effectue pas par un mouvement de bascule du diamètre occipito-mentonnier, mais bien par une réduction de ce diamètre, par un véritable laminage de la masse céphalique qui prend l'aspect d'un cylindre de même forme que le cylindre pelvien. Le *troisième temps* ramène en avant la face du fœtus, mais au lieu de se dégager à la commissure

antérieure de la vulve, le menton reste caché derrière la symphyse pubienne de telles, soit que c'est le maxillaire supériour ou une région avoisinante qui vient prendre contact avec le bord inférieur de cette articulation. Par suite, au *quatrième temps*, la présentation ne se dégage pas par une grande oscillation en flexion ou en extension, mais par un mouvement mixte des flexions d'abord pour permettre à l'occiput de se dégager au-devant du périnée, d'extension ensuite pour laisser le menton sortir au-dessous de la symphyse pubienne.

La présentation du front est, après celle de l'épaule, la présentation qui compromet le plus la vie du fœtus. Aussi convient-il d'en faire do bonne heure le diagnostic, afin de la corriger en face ou en sommet au moment opportun, c'est-à-dire alors que la tête est encore mobile au détroit supérieur.

5°

Des présentations du front. — *Etude critique* (*Archives de tocologie*, 1886).

2°

Utérus semi-loculaire chez une multipare (9 pare) **dont cinq grossesses sur neuf ont été compliquées d'hémorrhagie et suivies de délivrance artificielle** (*Lyon médical*, 1887), p. 452.

Les malformations utérines peuvent être la source de graves difficultés ; parfois c'est l'utérus qui se rompt,

ailleurs une présentation de l'épaule qui reste définitive. *Dans ce travail nous établissons que la délivrance est ellemême très souvent compliquée d'hémorrhagie et de rétention placentaire.* Il résulte de notre fait personnel et des observations que nous avons recueillies, que lorsque l'utérus est le siège d'un cloisonnement congénital, il s'établit entre le placenta et la paroi sous-jacente des adhérences fermes, que la contraction de l'utérus ne parvient pas toujours à vaincre. Dans un cas de Bailly des hémorrhagies tenaces finirent par entraîner la mort de la femme ; à l'autopsie on trouva le fond de l'utérus divisé par une cloison de 10 centimètres de hauteur, et le placenta inséré en grande partie sur cette cloison. Ces difficultés s'expliquent par les modifications de structure, qui accompagnent cette anomalie de conformation.

7°

De la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes (*Lyon médical*, 1887, n°s 3-4-5 et Société des sciences médicales).

Dans les occipito-postérieures persistantes, toute la difficulté réside dans le mouvement de rotation. Les divers moyens que l'on a préconisés en France pour corriger cette position défectueuse de la tête sont : la *méthode digitale* (Tarnier), le *levier* et les *forceps*. M. le professeur Pinard recommande une manœuvre mixte à la fois manuelle et instrumentale. Nous avons réussi à plusieurs reprises, et alors que la méthode digitale avait échoué, à

déterminer la rotation de l'occiput en avant par l'introduction de *toute la main* dans les voies génitales, en un mot par une véritable *méthode manuelle* que nous décrivons tout au long dans notre travail. Dans l'une des observations que nous rapportons (Obs. III) le poids de l'enfant atteignait 5 kilos et cependant la rotation s'effectua sans difficultés. Nous relatons dans cette même étude, une méthode de rotation très intéressante, qui a donné des succès à notre maître, M. le professeur Fochier, et qui réside essentiellement en une application oblique du forceps muni de lacs, avec traction exclusive sur un de ces lacs, sur celui appartenant à la cuiller postérieure.

8°

Note sur un cas de cystite gravidique aiguë guérie par des injections (50 à 80 grammes) de nitrate d'argent au 1/50 (*Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1887).

9°

Accidents occasionnés par le sublimé dans les suites de couches (*Lyon médical*, 1888).

Etude faite d'après nos observations personnelles recueillies à la clinique obstétricale de la faculté ; certaines formes éruptives telles que : l'érythème ortié, l'érythéme vésiculeux, ont particulièrement attiré notre attention. Elles méritent d'être connues, soit par le diagnostic différentiel qu'elles nécessitent d'avec les éruptions simi-

laires ou d'avec les éruptions rubéoliques, scarlatineuses, soit par les indications thérapeutiques qui en découlent. La plupart de ces accidents légers d'intoxication étaient consécutifs au simple emploi d'injections vaginales. Un élève de M. le professeur Tarnier, le Dr Sébillotte, vient de reprendre cette étude dans sa thèse inaugurale (1891).

10°

Des occipito-postérieures irréductibles. Note additionnelle à notre première étude de 1887 (*Archives de tocologie*, 1889, n. 9).

Cette note est destinée à montrer le rôle que joue la forme de l'excavation pelvienne dans la persistance des occipito-postérieures ou leur irréductibilité.

11°

Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus. Son rôle dans la dystocie. Deux observations personnelles (*Archives de tocologie*, 1887).

On rencontre dans quelques cas assez rares sur le trajet du canal cervical, des cloisons transversales plus ou moins étendues, qui par leur résistance, ou par l'adhérence intime qu'elles contractent avec le pôle inférieur de l'œuf, peuvent mettre obstacle à la dilatation du col.

Cet obstacle n'est reconnu qu'au moment du travail. Dans nos observations il siégeait au niveau de l'orifice interne.

12°

Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus. (*Annales de gynécologie*, 1887).

Ce travail roule sur 92 observations qui doivent être réparties en plusieurs catégories : les unes se rapportant aux accouchées n'ayant pas pris de l'ergotine (40), les autres à des accouchées qui ont eu de l'ergotine (injections sous-cutanées), pendant les cinq (40) ou les dix (12) premiers jours des couches. Nous arrivons à établir à l'aide de mensurations très précises (mensurations externes et cathétérisme intra-utérin), que non seulement l'ergotine n'est pas un *agent accélérateur* de l'involution utérine, mais qu'elle la *ralentit* même, soit en épuisant sa contractilité, soit en favorisant la rétention des caillots. Quelques mois plus tard Pinzani, assistant à Rome, reprenait cette étude et confirmait nos résultats.

Des recherches encore inédites sur l'action exercée par une compression serrée de l'abdomen (bandage élastique) nous ont démontré (20 observations), que cette compression n'a pas une action plus favorable sur l'involution de l'utérus, et même qu'elle gêne le retour de cet organe à sa position physiologique, qui, dans les 12 ou 15 premiers jours des couches, est une position d'antéflexion.

13°

Du tamponnement antiseptique de la cavité utérine après l'accouchement (*Province médicale*, 1889-49).

Ce moyen mérite de prendre rang à côte des autres agents hémostatiques que nous avons en notre possession, pour combattre les hémorrhagies de la délivrance ou les hémorrhagies des suites de couches. C'est ce que prouve nettement une observation que nous avons eu l'occasion de recueillir à la clinique obstétricale. La femme qui en fait le sujet présenta huit jours après ses deux premiers accouchements, des hémorrhagies graves qui ne cédèrent qu'à l'application du tampon intra-utérin.

14°

Conduite à suivre dans la rétention des membranes (*Province médicale*, 1889-27).

Etude des causes et conséquences de la rétention des membranes. Dans le service de M. le professeur Fochier, on a toujours opposé avec le plus grand fruit la seule expectation armée à cet accident, que quelques étrangers croient devoir traiter activement par l'introduction de la main dans la cavité utérine.

15°

Comparaison du bassin de la paralysie atrophique avec le bassin atrophique à proprement parler (*Archives de tocologie*, septembre 1889).

Le *bassin atrophique* considéré à l'état de pureté ou comme conséquence immédiate de la paralysie infantile n'avait pas encore attiré l'attention des accoucheurs

français. A l'aide de nos observations personnelles et de quelques cas épars dans la science nous avons recherché la pathogénie et l'importance clinique de cette déformation pelvienne. Le bassin peut être atteint par la lésion ou paralysie atrophique au même degré que les membres inférieurs ; son atrophie sera unilatérale ou bilatérale, selon la gravité et l'étendue de la paralysie. La déformation peut enfin n'être que très indirecte si l'affection est restée limitée à un segment des membres inférieurs ; elle sera provoquée alors par le mode de transmission du poids du tronc. Si l'accouchement est le plus souvent spontané, il ne faut pas oublier que Kousser, dans un cas de déformation atrophique bilatérale, dut pratiquer l'opération césarienne.

16°

Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'opération césarienne (*Gazette des hôpitaux*, 1890, n° 52).

17°.

De l'opération césarienne (Paris : Lecrosnier et Babé, 1890).

Cette question, telle que l'Académie l'avait énoncée, demandait surtout une étude comparative des diverses méthodes préconisées, tour à tour, dans l'exécution de l'opération césarienne. Dans un premier chapitre, nous

nous occupons de l'opération césarienne classique que nous divisons en quatre périodes, selon l'importance et l'orientation générale des idées aux divers âges de la médecine. Dans la première période, ou *période hippocratique*, que nous faisons finir à Kousser, la plus grande obscurité règne encore dans les esprits, au sujet de la possibilité de cette opération sur le vivant. Dans la deuxième période, ou *période ancienne* (de Kousser à Baudelocque) commence réellement pour elle une ère scientifique. Dans la troisième période, ou *période moderne*, qui comprend la plus grande partie du XIXe siècle, les auteurs effrayés de la gravité persistante de l'opération, cherchent une amélioration des résultats dans des modifications de technique multiples. Avec l'antisepsie et Sänger débute la *période contemporaine*, caractérisée par l'abandon de presque tous les procédés tentés jusque-là, et l'accord des esprits sur un seul : une suture utérine solide et antiseptique. L'ancienne opération, ainsi reconstituée, reçut le nom d'*opération césarienne conservatrice*.

Notre deuxième chapitre est consacré à l'opération de Porro, ou amputation utéro-ovarique de l'utérus gravide. Nous en analysons les deux principaux procédés : le traitement extra-péritonéal et le traitement intra-péritonéal du pédicule. Nous insistons sur une variante de ce dernier traitement digne d'attention, originale, ayant d'ailleurs donné de bons résultats en Allemagne, nous voulons parler de l'*inversion du pédicule*.

Après une étude complète de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie abdominale de l'utérus gravide, nous ne nous arrêtons à la gastro-élytrotomie que pour en

montrer le discrédit mérité, et nous terminons notre travail par une appréciation générale de toutes ces méthodes et l'exposé de leurs indications.

Les cas d'opération césarienne conservatrice publiés jusqu'en 1890 s'élèvent au chiffre de 171 avec une mortalité maternelle de 23 0/0 et une mortalité fœtale de 8 0/0. La mortalité générale des femmes atteignait, dans l'ancienne opération césarienne, le taux de 54 0/0 et 62 0/0. En 1888, la mortalité fournie par l'opération de Porro s'élevait à 45 0/0. Mais le pronostic de cette intervention s'est considérablement atténué, puisque nous obtenons avec les 65 derniers cas publiés une mortalité de 17 0/0. C'est à peu près aussi la mortalité de l'opération césarienne conservatrice dans les 50 dernières observations (18 0/0). Le pronostic de l'hystérectomie pratiquée durant la grossesse varie, comme d'ailleurs celui de l'hystérectomie faite en l'état de vacuité, selon le mode d'intervention, tandis que l'hystérectomie vaginale nous donne 0 0/0 de mortalité (9 cas), *l'hystérectomie abdominale fournit, elle, la haute proportion de 75 0/0.*

L'opération de choix nous paraît être l'opération césarienne conservatrice, non pas à cause d'une mortalité moindre que celle de l'opération de Porro, puisque, nous l'avons vu, les statistiques récentes se font équilibre, mais plutôt à cause de la mutilation qu'elle fait subir à la femme, et de la lenteur de la guérison dans le seul traitement du pédicule à conseiller, en général, c'est-à-dire dans le traitement extra-péritonéal. La réduction du pédicule donne en effet une mortalité de 53 0/0. Aussi l'opération de Porro doit être réservée à certains rétrécissements graves

ou ostéomalaciques du bassin, à quelques indications particulières, telles que : infection et malformation de l'utérus, hémorrhagies graves, etc... A l'exception d'un cas (Benckiser) l'hystérectomie a toujours été pratiquée pour le cancer de l'utérus.

Malgré l'amélioration considérable du pronostic de l'opération césarienne, celle-ci ne peut, relativement à la mère, soutenir la comparaison avec la mortalité de l'accouchement prématuré, et même avec la mortalité de l'embryotomie céphalique (basiotripsie). La réapparition de la symphyséotomie (Pinard) va modifier les données du problème, et faire perdre à l'opération césarienne le terrain qu'elle semblait avoir gagné.

18°

Dystocie due à la présence d'un fibrome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus (*Annales de gynécologie*, 1889-1).

Note consacrée surtout au mécanisme du déplacement des fibromes utérins ou péri-utérins, obstruant plus ou moins l'excavation pelvienne. Dans cette observation l'ascension des fibromes nous a paru directement liée à la formation du segment inférieur. Ni l'écoulement du liquide amniotique, ni l'effacement et une dilatation notable du col n'étaient parvenus à mobiliser la masse néoplasique, que quelques contractions soulevèrent rapidement au-dessus du détroit supérieur.

19°

De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie (*Archives de Tocologie*, 1891, avril).

Les cas de rigidité syphilitique du col se sont multipliés dans ces dernières années ; ils reconnaissent tous comme origine une localisation des syphilides secondaires, et surtout des formes papuleuse et papulo-érosive, sur la portion vaginale. Dans quelques observations la rigidité est dite d'origine syphilitique, mais il manque pour dissiper l'incertitude d'une pareille étiologie la description de la lésion qui sert d'intermédiaire entre ces deux affections. Nous publions la première observation de rigidité par *localisation de l'accident primitif, du chancre, à ce même niveau (lèvre antérieure du col)*. Dans le fait qui nous est personnel, malgré d'énergiques contractions utérines, l'induration cartilagineuse ne s'assouplit nullement, et nous dûmes, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, pratiquer de larges incisions libératrices sur les côtés du col.

20°

Rétention placentaire par dégénérescence sarcomateuse de la caduque (*Communication à la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, novembre 1891).

Les adhérences anormales du placenta sont encore peu connues, et il n'existe chez nous aucune étude histologique pouvant mettre sur la voie de la lésion qui les engen-

dre. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Fochier un cas de complication de la délivrance par une transformation toute particulière de la sérotine. A l'œil nu on aurait facilement cru à un lambeau détaché du muscle utérin ; ce tissu se révélait au microscope comme formé par la sérotine considérablement hypertrophiée, presque dépourvue de glandes et envahie par de nombreux éléments cellulaires jeunes. Les cellules déciduales elles-mêmes, tassées, étirées, donnaient au stroma de ce tissu un aspect fibreux ; nous avons retrouvé dans la science 4 ou 5 faits analogues. L'extraction artificielle du placenta a toujours présenté les plus grandes difficultés.

21°

Inflammations péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement) *Annales de gynécologie*, février, mars 1891).

Nous avons pu réunir 50 observations se rapportant à ce coin de pathologie obstétricale, parmi lesquelles 12 personnelles. De ces observations 5 ont trait à des lésions tuberculeuses des annexes, et 45 à des lésions inflammatoires proprement dites. Il est incontestable que la grossesse ou l'accouchement, évoluent beaucoup plus souvent à côté des lésions inflammatoires siégeant dans le petit bassin que ces faits ne semblent l'indiquer, mais nous avons recueilli toutes les observations publiées avec un diagnostic clinique ou anatomique suffisamment précis ; *elles se rapportent toutes à des collections suppurées du*

petit bassin ou des annexes. Nous les avons divisées en 3 catégories : *a.* Phlegmon du ligament large (11 cas) ; *b.* Salpingo-ovarites (18 cas); *c.* Pelvi-péritonites (13 cas). Toutes ces observations donnent un pronostic maternel grave, car la mortalité s'élève à 49 pour 100. Cette mortalité est plus faible dans les phlegmons suppurés des ligaments larges que dans les autres complications. Tandis que dans le premier cas elle n'est que de 30 pour 100, elle devient 55 pour 100 dans les pelvi-péritonites et 62 pour 100 dans les salpingo-ovarites. Le pronostic est au contraire relativement bénin pour les cas où la grossesse complique des collections communiquant avec l'extérieur par des trajets fistuleux, ainsi que le prouvent les observations de Boissarie, ainsi que M. le professeur Pinard nous en signalait récemment un remarquable exemple.

Dans nos observations la cause de mort la plus fréquente est la rupture de la collection tubaire ou tubo-ovarienne. Le pronostic est aussi sombre pour le fœtus puisque la grossesse est interrompue dans la moitié des cas (55 pour 100). La plus grande part de cette fâcheuse influence revient aux pelvi-péritonites (76 pour 100) et la plus faible aux lésions des annexes (35 pour 100). Le diagnostic, le traitement de cette complication exigent donc toute l'attention de l'accoucheur.

22°

Dystocie par kyste ovarique inclus dans le cul-de-sac de Douglas. Tentatives de réduction. Rupture du kyste. Péritonite aiguë. Guérison (*Archives de tocologie*, 1891 p. 691).

TRAVAUX DE CLINIQUE ET D'ANATOMIE OBSTÉTRICALES

Nous réunissons dans un même chapitre des travaux de clinique et d'anatomie, parce qu'ils se rapportent au même sujet, et que pour la clarté de l'étude ils méritent de profiter d'une prescription commune :

23°-24°-25°-26°

De l'exploration clinique du segment inférieur avant et après l'accouchement (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1887-1888).

Du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse (*Province médicale*, 3 mars 1888).

Du col utérin à la fin de la grossesse, pièce anatomique et étude histologique (*Archives de tocologie*, 1888, n° 11).

Recherches histologiques sur la structure du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse (*Archives de physiologie*, 1888, n° 3).

Tous ces mémoires se complétant les uns les autres, ont été faits dans le but de contribuer à la solution de l'important problème de la *formation* et de la *structure du segment inférieur* de l'utérus gravide. Nos recherches ont été dirigées en plusieurs sens : explorations cliniques, examens anatomiques, anatomie comparée.

La *clinique* nous a montré (environ 100 observations), que le segment inférieur se constitue à la fin de la gros-

osse aux dépens du *corps* de l'utérus et sans participation du col. Au doigt explorateur, il ne se révèle pas tout « d'abord » sous l'aspect d'une fossette limitée à sa partie supérieure par une *saillie nettement accusée et persistante* comme voulait Baudl. La paroi utérine *est, au contraire, sur toute sa hauteur lisse et régulière;* une saillie ne se constitue à sa partie supérieure que dans de certaines conditions, sous l'influence excitatrice du doigt par exemple. Dès lors, il existe entre le corps et le segment inférieur de l'utérus une zône de séparation très nette. Mais après quelques secondes, 20 à 25 en général, cette saillie musculaire, *née par contraction,* s'affaisse, et la paroi utérine devient aussi égale et régulière qu'auparavant. Le segment inférieur ainsi formé, s'atténue peu à peu, et disparaît même complètement dans les 10 à 12 premiers jours des couches.

Au point de vue *anatomique,* nous avons trouvé, revêtant toute la hauteur du segment inférieur, une *caduque vraie.* Cette caduque est au voisinage du col plus dense, comme fibrillaire, et contient exceptionnellement quelques tubes glandulaires erratiques tapissés encore d'un épithélium cuboïde haut ou d'un véritable épithélium cylindrique. Dans l'examen anatomo-histologique, rien n'autorise à accepter l'idée d'une formation du segment inférieur par la portion supra-vaginale du col.

D'ailleurs *l'anatomie comparée* fournit aussi son appoint à cette discussion. Nous avons trouvé chez la vache, avant et après le part, une région différenciée du sommet de l'utérus, absolument analogue au segment inférieur de l'espèce humaine. Les recherches de ce genre sont faci-

litées chez cet animal par la présence au niveau de l'orifice interne anatomique, d'une valvule épaisse et saillante, qui en révèle nettement la situation. Dans les malformations utérines, dans les utérus bicornes, par exemple, ne constate-t-on pas aussi la formation d'un segment inférieur et d'un anneau de contraction.

27°

De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse (*Archives de tocologie*, 1891, n° 12).

Cette étude est destinée à compléter la description que nous avons donné ci-dessus du segment inférieur pendant la grossesse, et à *montrer qu'avant le septième mois il n'existe un segment inférieur véritable que lorsque l'utérus est en travail.*

De nos examens en observations nous tirons la conclusion suivante : « Il n'existe un segment inférieur différencié que dans les derniers mois de la grossesse (huitième et neuvième mois ; peut-être septième chez les primipares), mais chaque fois que l'utérus se contracte pour expulser son contenu, aux premiers comme aux derniers mois de la gestation, il le fait en transformant son sommet d'une manière toujours identique, c'est-à-dire en créant un segment inférieur, et au-dessus de ce dernier un anneau de contraction ».

28°

Coupe médio-verticale du cadavre congelé d'une femme arrivée au septième mois de sa grossesse.

Etude anatomique et histologique avec planches et dessins à l'appui, publiée en collaboration avec M. le professeur Testut et en cours de publication (communication à l'Académie de médecine, novembre 1891).

Ce travail renferme à côté de considérations intéressantes d'anatomie générale une étude du segment inférieur de l'utérus. Nous avons recherché d'abord, en comparant notre coupe avec des coupes analogues publiées à l'étranger, sous quel aspect se présente le segment inférieur de l'utérus aux derniers mois de la grossesse, quelles en sont l'étendue, les limites et les rapports. Ce segment apparaît sous forme d'un amincissement de la paroi qui entoure l'orifice interne ; il est toujours mieux dessiné en avant qu'en arrière. Un anneau de contraction caractéristique ne se constitue à sa partie supérieure que pendant le travail et sous l'influence de certainee conditions, telles que : dilatation avancée du col, énergie soutenue des contractions utérinee, mise en rapport avec la zône où doit se former l'anneau d'une région fœtale déprimée ou dépressible, etc... La clinique nous apprend, elle, que déjà pendant la grossesse un anneau de contraction très net se forme aux limites supérieures de la zône amincie qui, en anatomie, indique la constitution du segment inférieur. *Pareille formation n'a lieu dans les six ou sept premiers mois de la grossesse que lorsque celle-ci est interrompue, que lorsque l'utérus est en travail.*

La structure du segment inférieur ainsi comprise occupe la dernière partie de notre étude. Nous passone successivement en revue sa vascularisation, la disposition de ses faisceaux musculaires, leur ordination, etc. Le fait

à retenir, comme l'indiquent nos dessins, c'est que cette région de l'utérus *est moins riche en fibres circulaires que la paroi du corps proprement dit, et de plus que les fibres lisses qui la constituent sont plus ténues, moins volumineuses.*

TRAVAUX DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

29°-30°-31°-32°

Action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine d'éclamptiques. Communication à l'*Académie des sciences* (avril 1889), communication à la *société des sciences médicales de Lyon* (mars 1889) et *Archives de Tocologie* (mars, août 1889).

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie et de l'albuminurie chez la femme gravide (*Lyon médical*, 22 septembre 1889).

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie (*Archives de tocologie,* novembre 1890).

Du mode d'administration du chloral dans l'éclampsie (*Lyon médical*, 1889, n. 26).

Nous avons entrepris tous ces travaux et recherches expérimentales, sous la direction de M. le professeur Fochier, et avec le désir de jeter quelque jour sur cette question encore si obscure de la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. Nous avons trouvé dans les *urines* de femmes atteintes de cette affection un très court bacille, se cultivant très bien dans le bouillon de veau

légèrement alcoolisé, de 2 millièmes de millimètre de long environ et d'une largeur moitié moindre. Presque toujours à sa partie moyenne existait un nodule plus vivement coloré que le reste de l'élément. Ce microbe ne fluidifie pas la gélatine, mais forme à sa surface des plaques irrégulièrement arrondies, gris-bleuâtre, nacrées, épaisses de 1 à 2 millimètres, etc... Nous avons fait avec les bouillons de culture obtenus pas l'ensemencement de ce micro-organisme une première série d'expériences qui ont porté sur une trentaine d'animaux (lapins, chiens, c. bayes, rats). Nous avons constaté que ce micro-organisme était très virulent, que même à la dose de un centimètre cube il pouvait déjà déterminer des convulsions et la mort. *Les animaux gravides étaient beaucoup plus facilement influencés que les non gravides.* Le caractère le plus particulier de ces inoculations c'est la facilité avec laquelle elles déterminaient des lésions rénales graves, de la *néphrite*, de *l'albuminurie*. L'inoculation sous-cutanée donnait lieu parfois à des plaques de sphacèle de 2 à 3 centimètres de diamètre. Les effets généraux, rapides et graves, furent presque toujours obtenus par l'injection intra-veineuse de bouillons de culture ensemencés depuis 4 ou 5 jours.

Scartini (de Sienne), assistant de Cantani, a fait d'après les indications fournies par nous, des recherches du même genre sur trois femmes mortes d'éclampsie. *Il n'expérimenta que sur des chiennes, et tandis que les chiennes pleines succombaient rapidement avec des accidents convulsifs*, celles non gravides, n'éprouvaient aucune influence fâcheuse des injections dans leur sang, des cultures que

l'auteur avait obtenues (petit bacille). Un élève de Virchow, Favre, a plus récemment répété nos expériences et confirmé nos résultats (*Archives de Virchow*, 1891).

En 1890-91, nous avons continué ces recherches, en examinant et ensemençant simultanément le sang et les urines de femmes éclampsiques. Dans trois cas de ce genre, nous avons trouvé le *même micro-organisme dans le sang et les urines*. Le micro-organisme s'est révélé pathogène à l'inoculation; mais il nous a toujours fallu, pour amener la mort de l'animal, injecter une partie double ou triple du bouillon de culture obtenu par l'ensemencement du sang. Nous avons vu survenir, chez des lapins vivant en commun avec les animaux inoculés, des accidents convulsifs spontanés suivis de mort, qui témoignaient d'une véritable infection. Et en effet, nous pûmes retrouver, dans les cages de ces animaux, le bacille auparavant inoculé. Ceci nous amena à rechercher la voie suivant laquelle se faisait la contagion, voie que nous reconnûmes être l'étendue du tube digestif.

Le chloral, relativement à faible dose (3 à 4 grammes par litre), *a atténué la virulence de nos cultures*, à tel point que l'inoculation de mêmes quantités de liquide devenait inefficace. L'emploi du chloral dans l'éclampsie et ses heureux effets, semblait, en clinique, justifier les données de l'expérimentation. Pour administrer ce médicament, nous recommandons un procédé que nous tenons de notre maître, M. le professeur Fochier, nous voulons parler de l'emploi de la sonde œsophagienne dans le cas où l'état comateux du sujet empêche d'une façon absolue toute déglutition.

33°-34°

De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme récemment accouchée (*Société des sciences médicales de Lyon*, 1890, et *Annales de gynécologie*, 1890).

De la toxicité urinaire chez la femme enceinte (*Annales de gynécologie*, juillet 1891). Travail du laboratoire de physiologie.

Notre intention a été en pratiquant ces recherches d'examiner si l'état de la sécrétion urinaire de la femme enceinte pouvait, à elle seule, donner l'explication de quelques-uns des accidents qui précèdent ou accompagnent l'éclampsie. Nous avons donc répété les expériences du professeur Bouchard avec des urines de femmes enceintes ou récemment accouchées, et nous sommes arrivé à cette conclusion : que la femme enceinte dans les conditions ordinaires de la santé ne produit pas et n'élimine pas plus de matières toxiques que tout autre sujet. Pour avoir un terme de comparaison nous avons expérimenté simultanément avec des urines de femmes gravides ou avec des urines de femmes non gravides, mais atteintes d'affections gynécologiques légères, et par suite vivant à peu près dans les mêmes conditions que les précédentes. Or, nous n'avons pas trouvé entre ces deux séries de sujets une différence de la toxicité urinaire, telle que nous puissions en déduire bien nettement, une élimination moindre de matières toxiques par les reins de la femme en état de gestation.

IMP. DES ÉCOLES, HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE, 15, PARIS.